



## Ankieta satysfakcji Pacjenta

Data wypełnienia ankiety .....

**Płeć:**

Kobieta

Męczyzna

**Grupa wiekowa:**

Od 18 do 30 lat

Od 41 do 50 lat

Od 61 do 70 lat

Od 31 do 40 lat

Od 51 do 60 lat

Od 71 do 80 lat

Powyżej 80 lat

**Wykształcenie:**

Podstawowe

Średnie

Zawodowe

Wyższe

**OCENA: 3- bardzo dobrze, 2-średnio, 1-niezadowolająco**

Odpowiadając na poniższe pytania należy wstawić znak „X” zgodnie z wybraną odpowiedzią.

Pytania	Punktacja (skala 3-1)		
	3	2	1
<b>Rejestracja</b>			
1. Jak Pan/Pani ocenia czas oczekiwania na połączenie z pracownikiem rejestracji?			
2. Jak Pan/Pani ocenia czas oczekiwania na rejestrację w Placówce?			
3. Jak Pan/Pani ocenia kompetencje pracowników rejestracji?			
4. Jak Pan/Pani ocenia zachowanie pracownika rejestracji? (uprzejmość, życzliwość, uważne słuchanie, udzielanie informacji)			
<b>Lekarze</b>			
1. Jak Pan/Pani ocenia poziom opieki lekarskiej? (uprzejmość, życzliwość, szacunek, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę, efektywność leczenia) <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em			
2. Jak Pan/Pani ocenia przystępność informacji udzielonych przez lekarza na temat Pani/Pana stanu zdrowia? <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em			
<b>Pielęgniarki i Elektroradiolodzy</b>			
1. Jak Pan/Pani ocenia poziom opieki pielęgniarek i elektroradiologów? (uprzejmość, życzliwość, szacunek, zainteresowanie, poświęcony czas i uwagę, efektywność opieki)? <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em z opieki Pielęgniarki <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em z opieki Elektroradiologa			
2. Jak Pan/Pani ocenia dostęp do opieki Pielęgniarek i Elektroradiologów? <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em z opieki Pielęgniarki <input type="checkbox"/> nie korzystałam/em z opieki Elektroradiologa			
<b>Pytania ogólne</b>		<b>Dobrze</b>	<b>Źle</b>
1. Jak Pan/Pani ocenia jakość usług świadczonych przez Placówkę?			
2. Jak Pan/Pani ocenia infrastrukturę Placówki? (czystość, oznakowanie, dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)			

3. Jak Pan/Pani ocenia poszanowanie godności osobistej w trakcie pobytu w Placówce?		
4. Jak Pan/Pani ocenia stopień zapewnienia prywatności i intymności w trakcie wizyty i badania lub zabiegu?		
5. Czy obecność osób trzecich w gabinecie nastąpiła po wyrażeniu przez Pana/Panią zgody (np. innej osoby spośród personelu medycznego, studenta, rejestratorki)?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wystąpiła taka sytuacja
6. Czy poleciliby Pan/Pani Placówkę swojej rodzinie, znajomym?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
<p>Uwagi:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b><i>Dziękujemy za wypełnienie ankiety, prosimy o pozostawienie jej w wyznaczonym miejscu w Rejestracji.</i></b></p>		